

No.	質問	回答
1	地域のACP（暮らしの中での話し合い）が実行できていても、実際その状況になったとき、医師からどう話がなされるか、家族の立場で言い出しにくいといった声がたくさんある。地域～医療現場のつながりがいいことも課題とします。そのあたりのご見解をお願いします。	医師はまず命が助かる治療や命が長く続くための治療を提案します。しかし、人生の最終段階になるとそれが「本人にとっての最善」ではないこともあり、しかも本人は考えて決定することが難しい状況がよくあります。その治療を本人が望んでいるかどうかは医療者にはわかりにくいので「推定意思」を周囲の人が伝える。伝えにくい時のためにあんしんノートなどに理由を含めて書いておくことをお勧めします。
2	人生会議を主人とする雰囲気を作るにはどうすればよいですか。主人の関心が家族（孫や子）にある。	ご自分の立場によっては人生会議を始めづらいこともあると思います。お子さん、お孫さんに関心が向いてらっしゃるのであれば、お子さんやお孫さんに協力してもらって、一緒に人生会議をして頂くことも効果的かもしれません。
3	高齢者所帯で、一人になったとき家で一人で生活すべきか否か。その場合、どんな支援が受けられるか。支援1の場合を例に教えてください。	要支援1であれば、週1-2回のヘルパーやデイサービスの利用が可能だと思います。一人暮らしを続けることでの不安や我慢しなければならないこともあると思うので、どんな状況までなら一人暮らしを続けたいかを考えておくとうまいと思います。
4	まだ生きてほしいと子が望み（本人は希望しない）延命するのはエゴですか。	まずは、ご本人がなぜ延命を希望しないのかを聞いて頂きたいと思っています。ご本人の考えを聞いて、それでも意見が対立することもあると思いますので、その際は延命治療がどのようなメリット・デメリットがあるか医療者ともう一度整理してもらえればと思います。
5	寸劇であった「嚥下機能の衰え」「咀嚼機能の低下」「とろみのある食事が嫌」で、形のあるもの、甘いものだけ食べたいという希望があった場合や機能回復の見込みがない時にどのような支援をすればいいですか。	飲み込むことが全くなかった場合は、味わうことだけでも楽しむことができるように、好きな飲み物でマウスケアをしたり、好きな食事をガーゼに包んで口にしてもらったりという支援の方法があります。
6	看護師による個別相談会はどのような内容のことをされるのですか。	以前の相談では、人生会議に限らず病気のことや在宅医療、介護保険についてなど、幅広い相談に対応させて頂きました。
7	出雲市以外にも県内（松江とか）であんしんノートが作成されていますか。	さまざまな市町村で啓発活動をしているようです。松江市、江津市、奥出雲町では終活支援ノートを発行していると聞いております。
8	あんしんノートは1人で書くものですか。それとも家族と話し合いながら書くものですか。	あなたは家族にとっても大切なたった一人の「あなた」です。その家族が「文書だけで重大な決断する」ということはしにくいことがいわれています。なぜそうしたのかあるいはしたくないのか、ぜひ家族と一緒に、理由を含めた希望を話し合ってください。「価値観が共有」され、希望が伝わりやすい、といわれています。
9	死別後の悲しみ（グリーフ）の程度や経過と生前の人生会議（話し合い）や意思決定には少なからず関係性があると感じますが、現場ではどのように感じられていますか。	ご指摘の通り、事前の話し合いをしておく、たとえばそれがつらい決断になっても「それが本人が望んだことだから」と周囲の人も納得しやすく、つらさを引きづりにくい、といわれています。
10	末期がんの治療を受けています。「ケアの希望について」タイミングを見計らって医療者側から聞いてくださるのですか。（自分から気持ちや考えを伝えるのか）	医療者から聞くこともあれば、タイミングによっては聞き逃すこともあります。その時には看護師も力になってくれます。緩和ケア外来やがん看護外来などで伺うことも可能なので、お声掛け頂ください。
11	県中に入院の際、治療の希望、DNRとかどのように調査されるのでしょうか。あんしんノートも活用されていますか。	入院時には治療の説明や目標を話し合って入院診療計画書を作成しています。その際に最終段階における「治療の希望や蘇生措置希望（DNR）」のごことまで一律に話し合うことはしてなく、必要性に応じて対応しています。そのような話し合いになったときにあんしんノートがあれば、方針決定の一助になります。重要なのは文書があることではなく価値観が代理決定される家族らに伝わっていることです。

12	県中では、終末期を迎えた患者さんや家族に希望する治療と一緒に考えたり説明したりするために何かツールなどを使用しておられますか。オリジナルのものやダウンロードできるようなものがあれば教えていただきたいです。	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 「これからの過ごし方について」 いずれもインターネットからダウンロードできます。
13	病院に入院するとACPをその時点で開始することはできますか。誰に言えば良いですか。病院で作ったノートとかはありますか。	人生会議（これからの治療・ケアについて話し合うこと）はいつでも何度でも話し合うことは可能です。病院独自で作っているノートはありませんので、医師又は看護師にお声掛けください。
14	代理決定者が複数いる場合、なかなかまとまらないことがある。そのような場合のまとめ方が難しい。なにかヒントになることがあれば教えてください。	本人が代理決定者と事前に話し合うことが重要なのですが、あとで「私は聞いていない」とならないように、意思決定に関わるであろう人たち（複数人いるならその人たち全員）を巻き込んで事前に「価値観を共有」しておくことが重要です。
15	身寄りがなく、代理で意思決定できる人がいないとき、どうしたらいいのか迷うことがあります。	かかりつけの先生や看護師、ケアマネジャーなど自身のことをよく知る身近な医療福祉従事者にご相談ください。
16	松江市は社協が身元保証してくれて入院できると新聞にありました。出雲市に問い合わせると自分で都合してくださいと言われました。一人暮らしです。どうしたらよいでしょうか。	松江市社会福祉協議会の「高齢者あんしんサポート事業」による、社会福祉協議会が預託金の範囲内で支払いがしてもらえるサービスかと思えます（身元保証人にはなれません）。出雲市社会福祉協議会には同様の事業がありません。身元保証人がいない、支払いが代行できる方がいらっしゃる等でお困りの際には病院の相談員等にご相談ください。
17	頼れる身内（家族）が遠くにいる場合はどうしたらよいですか。	家族にとっても「縁起でもない」と避けがちな話なので、一緒にいるタイミングでお話することをお勧めします。タイミングがない場合にはとりあえず電話やメールで話し合うきっかけを作ってはいかがでしょうか。
18	治療法について、本人の望みと家族の意見が違い、意思決定できない状態となったら家族は葛藤すると思う。どのように医療者は折り合いをつけますか。	意思決定支援は対話のプロセスが重要です。対話とは行動や言動の根源にある感情や考え方、価値観について深く掘り下げ、両者が合意できる新たな見解を生み出すための営みです。対話の結果、A法とB法の二元論ではなく、時間を決めてA法を試して、その結果によりB法にするや、C法にするなど「本人にとっての最善」を核に皆が納得できる方法を模索します。この話し合いのプロセスが重要です。
19	胃ろうは始まると途中で止めることは出来ない、一生続けないといけないと聞きました。本当でしょうか。	人生会議ACPは何度でも繰り返しできます。今の状態を本人が望んだ療養であれば継続し、思ったような経過にならず本人が望んでいないであろうと代理決定者が推測するのであれば、医療者やケア提供者と再び人生会議をしてどこかで他の療養方針に変更する、ということもできます。医師や看護師など複数の専門職種と話し合って決めることが重要です。
20	所属する団体で、終活の研修会を企画したいと考えています。もしバナカード体験について教えてください。問い合わせ先も教えてください。	出雲の高齢者看護向上委員会では、もしバナカード体験を企画しています。関心があるようでしたら、地域医療連携センターの立原までご連絡を頂けるとありがたいと思います。